# ARM0001arm

# **برنامه ها و شاخص های مورد انتظار**

# **حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد**

برای سال 1401

**مهمترین شاخص ها در هر برنامه:**

**برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه**

* درصد غربالگری اولیه سلامت ­روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌­ای گـروه سنی (حداقل یک مراقبت)
	+ **شاخص مورد انتظار: 100 % از افرادی که حداقل یک خدمت از گروه سنی را دریافت کرده­اند.**
* درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
	+ **شاخص مورد انتظار: 12%**
* درصد موارد تشخیص[[1]](#footnote-1) اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده­اند.
	+ **شاخص مورد انتظار: 50 %**
* درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
	+ **شاخص مورد انتظار:90% موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت**

برنامه آموزش مهارت های زندگی و مهار ت های فرزند پروری

* تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند**؛**
	+ **شاخص مورد انتظار: 850 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**
* تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند**؛**
	+ **شاخص مورد انتظار: 850 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**برنامه پیشگیری از خودکشی**

* میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
	+ نحوه احصاء: استخراج داده ها از سامانه معاونت بهداشت
* میزان فوت ناشی از خودکشی در هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه تحت پوشش
	+ نحوه احصاء: دریافت داده ها از اداره کل پزشکی قانونی استان

**برنامه خودمراقبتی در سلامت روان**

* تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت
* **شاخص مورد انتظار: برگزاری 1 جلسه حضوری در هفته (متوسط هر جلسه 5/1 تا 2 ساعت برای10تا15نفر) متوسط 600 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و بلایا**

# درصد پوشش خانواده های متوفیان ناشی از کووید-19 که از خدمات مشاوره سوگ بهرمند شده اند.

* **شاخص مورد انتظار 70 %**

**برنامه پیشگیری از همسر آزاری**

* میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده­اند
* **شاخص مورد انتظار 100 %**
* میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است
* **شاخص مورد انتظار 50 %**

**برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک**

* میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند
* **شاخص مورد انتظار 100 %**
* میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است
* **شاخص مورد انتظار 40%**

**برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه**

* درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌­ای گـروه سنی (حداقل یک مراقبت)
* **شاخص مورد انتظار: 100% از مراجعه کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه سنی15 تا 59 ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.**
* درصد موارد غربال اولیه مثبت مصرف مواد، الکل و دخانیات که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفتند. (توسط کارشناس مراقب/ بهورز)
* **شاخص مورد انتظار: 60 درصد**
* 20 درصد مردان و 2 درصد زنان در غربالگری اولیه مصرف دخانیات، مثبت اولیه هستند.
* درصدافراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط[[2]](#footnote-2) که تحت پوشش دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند.(توسط کارشناس سلامت روان)
* **شاخص مورد انتظار: 50 درصد**
* درصد افراد دارای تشخیص اختلال مصرف دخانیات از مجموع مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها تکمیل شده است (توسط پزشک)
* **شاخص مورد انتظار: 10 درصد**

**برنامه آموزش مهارت های فرزندپروری (نوجوان سالم من)**

* تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری(17 - 12 سال) دریافت کرده اند**؛**
	+ **شاخص مورد انتظار: 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**اداره سلامت روان**

**نامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی د**

**ر نظام مراقبت های بهداشتی اولیه**



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه



**برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی**

از آنجاکه ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، تامين سلامت همه جانبه جسمي، رواني، اجتماعی و معنوی آحاد جمعيت ساكن در پهنه جغرافيايي جمهوري اسلامي با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتي به منظور ارتقاء وضعيت سلامت مناطق مختلف كشور با عنایت به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز 1404، ابلاغ مقام معظم رهبری در سیاست­های کلی سلامت، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، امور اداری اصل 44 قانون اساسی و ... به عنوان اولویت برنامه­های وزارت بهداشت از سال 1392 در دستور کار معاونت بهداشت قرار گرفت است.

بر اساس وظایف تعریف شده در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و با توجه به اهمیت سلامت روان جامعه این دفتر در سال 1393 همگام با اهداف 13 گانه معاونت بهداشت در طرح تحول نظام سلامت اقدام به بازبینی و طراحی مجدد برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی (ادغام سلامت روان) نموده است.

مدیریت بهداشت روان در ایران دوره­های مختلفی طی کرده است، ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت­هاي بهداشتی اوليه از اواسط دهه 1360 اجرا شده و مراحل دوره آزمايشي برنامه(1369- 1367)، دوره گسترش برنامه (1385-1370) و دوره ادغام در برنامه پزشک خانواده (1386 تا کنون) را پشت سر گذاشته است؛ اکنون بر اساس آخرین پیمایش ملی در سال 1399 ارزیابی شیوع اختلال روانپزشکی در ایران 7/29 درصد گزارش شده که این عدد در مقایسه با پیمایش­های گذشته با ابزار سنجش مشابه (GHQ-28) 5/6 درصد نسبت به سال 1393 و حدود 10 درصد نسبت به سال 1378 در گروه سنی 15 سال و بالاتر افزایش یافته است. با توجه به اینکه مطالعه حاضر در سال شروع پاندمی کووید 19 به سرانجام رسید آسیب شناسی­های ناشی از موج پاندمی در جهان و به تبع آن ایران نشان می­دهد تجربه ابتلا به کرونا در افراد، تاثیر مستقیمی بر شیوع و بروز اختلال­های روانپزشکی خواهد گذاشت؛ نتایج پیمایش در مورد افراد مورد مطالعه­ای که از ابتدای همه گیری کرونا (12 ماه گذشته) به بیماری مبتلا شده اند نشان داد 40 درصد این افراد مشکوک به اختلال روانپزشکی و این عدد در مورد افرادی که یکی از اعضای خانواده و بستگان نزدیک مبتلا به کرونا بوده­اند 9/35 درصد گزارش شده. تحلیل نتایج نشان می­دهد ابتلا به بیماری و یا مسئولیت مراقبت از اعضای خانواده به یک اندازه احتمال ابتلا به اختلال روانپزشکی در افراد را افزایش خواهد داد. برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی در اداره سلامت روان سعی دارد با ایجاد ساز و کار غربالگری و تشخیص به­هنگام همچنین ارجاع به موقع در کنار پیگیری روند درمان، دسترسی به دریافت خدمات را تسهیل کند.

هم اکنون این برنامه با هدف شناسایی به موقع اختلالات شایع روانپزشکی و عصب­شناسی با اولویت موارد با شیوع بالاتر اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوز/ دوقطبی، صرع، ناتوانی ذهنی و اختلالات شایع روانپزشکی کودک و نوجوان ضمن بررسی سابقه ابتلا به بیماری و غربالگری تحت پوشش قرار می­دهد و کارشناس سلامت­روان (روانشناس) آموزش دیده ارائه آموزش­های روانشناختی را به صورت حرفه­ای بر عهده خواهد داشت. نکته قابل تاکید در برنامه­های سال جاری همزمان با ویرایش آخرین نسخه مراقبت از مادران باردار اهمیت ارائه خدمات حوزه سلامت روان و افزایش دفعات غربالگری توسط بهورز و ماما مراقب و همچنین ارزیابی افسردگی پس از زایمان با ابزار ادینبرگ و الزام تکمیل شرح­حال روانپزشکی در اولین مراقبت توسط پزشک است.

**اهداف کلی برنامه در کشور:**

* افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به هنگام و درمان اختلالات شایع روانپزشکی
* افزایش پوشش مراقبتی برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی (با تاکید بر گروه­های آسیب پذیر مانند مادران باردار و افراد درگیر تبعات بیماری کووید 19)

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/ مراقب­سلامت در دوره­های آموزشی بدو خدمت حضوری / غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه­های سنی (شامل آموزش نحوه پرسشگری، ارتباط با مراجع، غربالگری اورژانس و فلوچارت ارجاع) شرکت نمایند.
* صد در صد بهورزان و کارشناسان ماما/ مراقب­سلامت در بازآموزی حضوری / غیرحضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نمایند.
* صد درصد افرادی که برای دریـافت مراقبت‌های دوره‌­ای گـروه سنی (حداقل یک مراقبت) خود به مراکز/ پایگاه­های سلامت مراجعه حضوری نموده­اند؛ غربالگری اولیه سلامت روان شده باشند.
* دوازده درصد از افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده­اند؛ غربال مثبت شناخته خواهند شد.
* پنجاه درصد از افراد غربال مثبت که توسط پزشک ویزیت شده­اند؛ تشخیص هر یک از اختلالات شایع روانپزشکی را خواهند گرفت.
* نود درصد افراد که توسط پزشک تشخیص اختلال افسردگی و اضطراب دریافت می­کنند؛ تحت پوشش خدمات آموزش روانشناختی توسط روانشناس دقرار خواهند گرفت.

**شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1401**

* درصد دریافت بازآموزی تیم سلامت (بهورز، ماما/مراقب­سلامت ) که سه سال یکبار در دوره­های غیر حضوری برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روانپزشکی شرکت نموده­اند.
	+ **شاخص مورد انتظار : 100 %**
* درصد غربالگری اولیه سلامت ­روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌­ای گـروه سنی (حداقل یک مراقبت)
	+ **شاخص مورد انتظار: 100 % موارد مراجعه کننده به مراکز**
* درصد تشخیص[[3]](#footnote-3) اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده­اند.
	+ **شاخص مورد انتظار: 50 %**
* درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
	+ **شاخص مورد انتظار: 12%**
* درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
	+ **شاخص مورد انتظار:90% موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان**

**شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1401**

* درصد غربالگری اولیه سلامت ­روان در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌­ای گـروه سنی (حداقل یک مراقبت)
	+ **شاخص مورد انتظار: 100 % موارد مراجعه کننده به مراکز**
* درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده­اند.
	+ **شاخص مورد انتظار: 50 %**
* درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار
	+ **شاخص مورد انتظار: 12 %**
* درصد مراقبت افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع توسط کارشناس سلامت روان از مسیر ارجاع پزشک
	+ **شاخص مورد انتظار:90% موارد مراجعه کننده جهت دریافت خدمات سلامت روان**





برنامه آموزش مهارت­ های زندگی و

مهارت­های فرزند­پروری

**برنامه آموزش مهارت های زندگی**

**مقدمه**

مهارت های زندگی توانائی های برای سازگاری و رفتار مثبت هستند که فرد را قادر می سازند بطور موثری با نیازها و تغییرات زندگی روزانه مواجهه شوندWHO) زیر چاپ(.

 (فاتا و همکاران 2006)مهارت های زندگی را رویکردی مبتنی بر تغییر یا فرمول سازی رفتاری دانستند که به موجب آن تعادل بین دانش ، دیدگاه و مهارت در نظر گرفته می شود. حوزه مهارت های زندگی مجموعه ای از توانایی های ذهنی است که شرایط سازگار مثبتی را فراهم می کند و فرد را قادر می سازد مسئولیت های اجتماعی خود را بدون آسیب رساندن به خود بپذیرد (متین و احمدی ، 1398). در واقع ، هدف از آموزش مهارت های زندگی افزایش توانایی های ذهنی اجتماعی و در نهایت جلوگیری از رفتارهای مضر در سلامتی و ارتقا بهداشت روانی افراد است (مرادی ، باصری ، 2018)

از این برنامه به منظور کمک به مردم برای درک بهتر خود و داشتن روابط مناسب و موثر بین فردی ، کنترل عاطفی و مدیریت بهتر موقعیت های استرس زا و حل مشکلات مردم استفاده می گردد. (اسماعیلی نصب، ملک محمدی . 2011)

آموزش مهارت های زندگی می تواند سازگاری دانش آموزان را افزایش داده و تکنیک های موثری برای افزایش سرمایه روانشناختی ارائه دهد (زهرا ربانی.2019)

سرمایه روانشناسی بر وظایفی متمرکز است که منجر به رفاه مردم ، تربیت افراد مثبت ، تقویت جوامع و برابری اجتماعی می شود. روانشناسان مثبت نگر دید خوش بینانه و امیدوارکننده نسبت به ماهیت انسان دارند. زیرا آنها به توسعه قابلیت ها ، تکامل انسان و تقویت ظرفیت های انسانی اعتقاد دارند (Bitmis and Ergeneli.2015). بنابراین ، سرمایه روانشناختی یک عنصر ترکیبی و متشکل از چهار بخش شناختی یعنی خوش بینی ، تحمل ، امید و خودکارآمدی است (لی و چو ، 2016). خوش بینی نوعی سبک تفسیری است که وقایع مثبت را به دلایل ثابت ، شخصی و جامع مرتبط می کند و وقایع منفی را به دلایل بیرونی ، همزمانی و شرایط خاص نسبت می دهد (نیومن ، نیلسون ، اسمیت و هرست ، 2018).

**اهداف کلی برنامه در کشور:**

* پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری
* توانمند سازی گروه های هدف برنامه

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* صددرصد افراد غربال منفی واجد شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت های زندگی، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
* صددر صد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های زندگی دریافت نمایند .

# **شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1401**

* تعداد جلسات آموزش گروهی ( داخل و خارج از مرکز ) مهارت زندگی.
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (بطور متوسط معادل 15 نفر در ماه)**

تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.

* + **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 12 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
* تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
	+ **شاخص مورد انتظار: 850 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1401**

* تعداد جلسات آموزش گروهی ( داخل و خارج از مرکز ) مهارت زندگی.
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (بطور متوسط معادل 15 نفر در ماه)**
* تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت زندگی در گروه های هدف.
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 12 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
* تعداد افراد در گروه های هدف که آموزش مهارت های زندگی دریافت کرده اند.
	+ **شاخص مورد انتظار: 850 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**برنامه آموزش مهارت های فرزند پروری (2-12 سال )**

**مقدمه**

سلامت روان کودک و نوجوان قسمت اصلی بهداشت عمومی است و هر کوششی در جهت بهبود سلامت روان کودک نیاز به ارزیابی مهارت های فرزندپروری و تعاملات خانوادگی دارد. آموزش والدین مثبت یک برنامه مداخله ای مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی است و هدف اصلی آن جلوگیری از مشکلات رفتاری ، عاطفی و رشد در کودکان با افزایش اطلاعات ، مهارت ها و اعتماد به نفس والدین است. می توان از آموزش مهارت های والدین به عنوان رویکردی مناسب برای بهبود سلامت روان مادران و بهبود روش های مربیگری آنها در مورد فرزندان استفاده کرد. بدین صورت که آموزش مهارت های فرزندپروری باعث تقویت پیوند والدینی، کم شدن استرس ادراک شده والدین و بالا رفتن کیفیت زندگی مادران می گردد. علاوه بر این ، این می تواند یک روش موثر در ارتقا رفتار خوب و کاهش رفتار بد برای کودکان باشد. (غریبی و شیدایی. 2016)

شواهد قوی وجود دارد که نشان می دهد سطح عزت نفس کودکان پس از 8 جلسه آموزش به طور قابل توجهی افزایش می یابد.( آجلیلچی و برجعلی 2011 )

همچنین مطالعات دیگر نشان می دهد آموزش مهارتهای فرزندپروری از سوء رفتار با کودکان پیشگیری می نماید ( chen,chan.2015).

مطالعات متعددی نیز نشان می دهد آموزش و آگاهي والدين از نحوه برخورد صحيح با کودک 4-6خود و کسب آگاهي از موثرترين شيوه هاي فرزندپروري (روش مقتدرانه) و برخورد مناسب با کودک، نه تنها مي تواند مشکلات رفتاري کودکان را کاهش دهد؛ بلکه در اثر آرامش روان آنان فرصت بهتري براي رشد و يادگيري در اختيار آنان قرار خواهد گرفت ( یارمحمدیان و قادری . 1390)

**اهداف کلی برنامه در کشور:**

* پیشگیری از اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری کودکان
* ارتقاء روابط والد و کودک
* توانمند سازی والدین
* پیشگیری از بدرفتاری با کودک

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* صددرصد افراد غربال منفی واجد شرایط دریافت آموزش گروهی مهارت، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
* صد در صد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت نمایند .

# **شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1401**

* تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز ) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (بطور متوسط معادل 15 نفر در ماه )**
* تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 12 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
* تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
	+ **شاخص مورد انتظار: 850 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

# **شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1401**

* تعداد جلسات آموزش گروهی (داخل و خارج از مرکز ) مهارت فرزندپروری به گروه هدف
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 4 جلسه در ماه (بطور متوسط معادل 15 نفر در ماه )**

تعداد جلسات آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در گروه هدف.

* + **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 12 جلسه آموزش انفرادی مهارت زندگی در ماه**
* تعداد افراد گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری دریافت کرده اند؛
	+ **شاخص مورد انتظار: 850 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**



برنامه پیشگیری از خودکشی



**مقدمه:**

خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی مثل مشکلات مالی، مشکلات اجتماعی، ناامیدی اجتماعی، ناپایداری شغلی می توانند باعث ایجاد خلق افسرده و افکار خودکشی شوند. در سبب شناسی خودکشی، اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده های بعدی، اختلالات مرتبط با مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند.

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت 15 تا 24 سال در جهان است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد، اما خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، اما خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. بر اساس اعلام رسمی سازمان پزشکی قانونی کشور، 6244 (شش هزار و دویست و چهل و سه) نفر از مرگ های غیرطبیعی در سال 1400 متوفیات مشکوک به خودکشی گزارش شده اند. این معادل 7.43 فوت به ازای هر صد هزار نفر جمعیت ایران در همان سال می باشد. این میزان همچنان کمتر از عدد 9.48 فوت ناشی از خودکشی به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در جهان می باشد.

سازمان بهداشت جهانی، سه راهبرد مؤثر را برای پیشگیری از خودکشی توصیه می نماید، که عبارتند از شناسایی و درمان به موقع اختلالات روانپزشکی، کاهش دسترسی به روش های اقدام به خودکشی، ثبت مسئولانه موارد اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، همزمان با گزارش مسئولانه در رسانه ها. ارزیابی تدابیرِ پیشگیرانه خودکشی، اغلب بر اساس آمار موجود در نظام ثبت خودکشی است و تا زمانی که آمار نظام ثبت نشانی از اثربخشی برنامه های پیشگیری نداشته باشد، باید در مورد نحوه اجرای صحیح این برنامه ها تردید نمود و به دنبال رفع چالش های مربوط به آن بود. ثبت آمار اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، فرآیندی پیچیده و چند سطحی است که نیاز به تعامل پزشکی قانونی، مراکز بهداشتی دولتی، بیمارستان های دولتی و همچنین بیمارستان های بخش خصوصی است و افراد زیادی را در سطوح مختلف درگیر می نماید.

**اهداف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور:**

* کاهش میزان اقدام به خودکشی در کشور
* کاهش میزان فوت ناشی از اقدام به خودکشی در کشور

**شاخص­های برنامه در مرکز بهداشت شهرستان در سال 1401**

* در صد کارشناسان مراقب سلامت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده باشند.
	+ شاخص مورد انتظار: 100 % نیروهای جدیدالورود
* در صد بهورزان تحت پوشش معاونت بهداشت که حداقل یک مرتبه در ابتدای شروع خدمت در دوره های آموزشی حضوری پیشگیری از خودکشی شرکت نموده باشند.
	+ شاخص مورد انتظار: 100 % نیروهای جدیدالورود
* درصد کارشناسان مراقب سلامت مستقر در پایگاه های سلامت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان که در یک سال در خصوص شناسایی بیماران دارای اختلال افسردگی و پیشگیری از خودکشی در جمعیت عمومی مورد بازآموزی قرار گرفته اند (توسط کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان/ حداقل 4 ساعت):
	+ شاخص مورد انتظار: 35% نیروهای شاغل در سیستم
* درصد بهورزان مستقر در خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان که در یک سال در خصوص شناسایی بیماران دارای اختلال افسردگی و پیشگیری از خودکشی در جمعیت عمومی مورد بازآموزی قرار گرفته اند (توسط کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان/ حداقل 4 ساعت):
	+ - * شاخص مورد انتظار: 35% نیروهای شاغل در سیستم

**شاخص­های برنامه در مرکز خدمات جامع سلامت در سال 1401**

* درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان/ کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) که حداقل یک بار توسط پزشک ویزیت شده باشند.\*
* درصد افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی ویزیت شده توسط پزشکان عمومی که حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.\*
* درصد افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از بیمارستان شهرستان که جهت پیگیری به مراکز بهداشت ارجاع شده اند و حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی توسط کارشناس سلامت روان را دریافت نموده باشند.\*
* درصد افراد فوت شده ناشی از خودکشی که اعضای درجه یک خانواده آنها هر یک حداقل سه جلسه مداخله روانشناختی برای بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی توسط کارشناسان سلامت روان را دریافت نمایند.\*



برنامه خود مراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد



**مقدمه:**

سلامت یکی از مهم‌ترین نعمت‌هایی است که هر انسانی می‌تواند از آن بهره­مند باشد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و ‌فقط فقدان بیماری و نداشتن معلولیت نیست. با این ‌وجود افراد زیادی هستند که از این نعمت برخوردار نیستند و برای بازگرداندن سلامتی یا حفظ وضعیت فعلی‌شان به مراقبت نیازمندند. بیماری‌ها و اختلال‌های روانی هرچند در تمام تاریخ بشری وجود داشته‌ است اما در سال‌های گذشته با توجه بیشتر به این حیطه تعداد افرادی که به این اختلال‌ها مبتلا هستند، بیشتر شناسایی و به‌موقع درمان می‌شوند. علاوه بر این با انجام برخی اصول سادۀ خودمراقبتی می‌توان احتمال بروز این بیماری‌ها را در افراد جامعه کاهش داد.

درمان اختلال‌های روان‌پزشکی معمولاً به وسیله بستری در بیمارستان و درمان های دارویی و غیردارویی انجام می‌شود؛ اما این روش‌ها معمولاً پرهزینه هستند و به نتیجه مطلوب نیز نمی‌رسند. یکی از دلایل نداشتن اثر کافی درمان ها بر روی بیماری‌های روان‌پزشکی ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده آن ها و همچنین عدم مشارکت به‌موقع و مناسب خانواده‌های این بیماران و سایر افراد جامعه در فرآیند مراقبت است. اختلال‌های روانی به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده‌شان سبب می‌شوند که فرد مبتلا نتواند از خودش مراقبت کند و از طرفی برخورد با بیماری‌های روان‌پزشکی در خانواده‌ها متفاوت از بیماری‌های جسمی است؛ این امر به دلیل کمبود آگاهی، نگرش منفی، انگ اجتماعی و ناتوانی در ارائه مراقبت‌های مؤثر است.

در سال‌های گذشته خودمراقبتی و توانمندسازی افراد، خانواده‌ها و جامعه برای مراقبت از خود در سطح جهانی مورد توجه قرار گرفته است و به‌خصوص بر روی بیماری‌های روان‌پزشکی و مهارت‌های روان‌شناختی تمرکز زیادی شده است. امروزه در چندین کشور جهان رویکرد بستری کردن تنها در موارد خیلی شدید مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر مراقبت افراد توسط خود و نزدیکانشان و توانمندسازی آنان تکیه شده است. در ایران نیز همین رویکرد مورد توجه ویژه قرار گرفته است که طرح خود­مراقبتی در سلامت روان یکی از اقدامات انجام ‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای آن می باشد .

مطابق با برنامه عملیاتی سال 1400 و گزارشات ارسالی دانشگاه های علوم پزشکی کشور 94% روانشناس ، 55% کارشناس آموزش سلامت، 70% مربیان بهورزی، 26% سفیران سلامت و 70% مراقبین سلامت و بهورزان آموزش دیده اند (با توجه به شیوع بیماری کرونا دو گروه هدف مراقبین سلامت و بهورزان به صورت مجازی آموزش دیدند و آمار این دو گروه به صورت یکجا جمع آوری شده است.)

براساس جمعبندی گزارشات تا پایان سال 1400 شاخص آموزش سفیران سلامت به ازاء استاندارد روانشناس به صورت میانگین 23% در کشور تحقق یافته است.

**اهداف کلی برنامه در کشور:**

* ارتقاء سواد سلامت روان

**شاخص های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1401**

* درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز جدید الورود که در دوره های آموزشی بدو خدمت برنامه خودمراقبتی در سلامت روان ش حضوری شرکت نموده اند.
	+ شاخص مورد انتظار: 80 %
* درصد کارشناسان مراقب سلامت / بهورز که سه سال یکبار در دوره های بازآموزی برنامه خودمراقبتی در سلامت روان حضوری شرکت نموده اند.
	+ شاخص مورد انتظار : 100%

**شاخص های برنامه در سطح مرکز در سال 1401**

تعداد جلسات آموزشی گروهی خودمراقبتی در سلامت روان برای سفیران سلامت

* شاخص مورد انتظار: برگزاری 1 جلسه حضوری در هفته (متوسط هر جلسه 5/1 تا 2 ساعت برای10 تا 15نفر) متوسط 600 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان



برنامه حمایت های روانی اجتماعی در حوادث و بلایای غیر مترقبه



# **مقدمه**

خدمات حمایت های روانی اجتماعی یکی از مهمترین و ضروری ترین خدمات حوزه سلامت است که براساس پروتکل کشوری حمایت های روانی اجتماعی طی مراحل مختلفی پس از حادثه به افراد آسیب دیده ارائه می شود.

این خدمات از روزهای اول پس از حادثه تا یک دوره شش ماهه الی یکساله در منطقه و سپس در مراکز خدمات جامع سلامت ادامه می یابد.

# **مراحل مختلف واكنش های روانی و رفتاری پس از حوادث و بلایا**

به طور معمول به دنبال بحران هايي همچون سيل و زلزله، افراد از مراحل مختلفي عبور مي كنند كه عبارتند از:

1. **اثر يا ضربه:** اين مرحله طي چند دقيقه اول پس از سانحه رخ مي دهد. طي اين دقايق افراد دچار رعب و وحشت مي شوند، گاه نيز حالت هايي همچون بهت زدگي و درماندگي مشاهده مي گردد. در اين مرحله افراد قدرت انجام هيچ كاري را ندارند. اين حالت معمولا گذرا و كوتاه مدت است و در اكثر موارد قبل از رسيدن نيروهاي كمكي پايان مي يابد. باقي‌ماندن در اين مرحله، نيازمند مداخله فوري است.
2. **قهرمان گرايي:** در ساعات اوليه رخ مي دهد. مردم سعي مي كنند به كمك هم كاري انجام دهند و افراد احساس مسئوليت مي كنند، به طور داوطلبانه در امداد رساني شركت مي‌نمايند. به اين ترتيب تا قبل از رسيدن نيروهاي كمكي بسياري از كارها را خود افراد بازمانده انجام مي‌دهند. نكته مهم در مورد اين مرحله اين است كه تحريك پذيري افراد طي اين مرحله بسيار بالاست و در عين حال درجات بالايي از گذشت و فداكاري را از خود نشان مي دهند. مسئله ديگر نياز به ايجاد هماهنگي و رهبري با هدف افزايش تأثير فعاليت‌هاي داوطلبانه است.
3. **اميدواری و فراموشي غم :** يک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروز می کند. اين مرحله با رسيدن نيروهاي كمكي و آغاز توزيع كمك‌ها آغاز مي‌گردد. توزيع كمك‌ها در پيدايش تعادل رواني ، كاهش اختلالات شديد عاطفي و حس خشم و انتقام جويي موثر هستند.
4. **روبرويي با واقعيت ها:** اين مرحله حدود 2 تا 3 ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز مي شود، يعني زماني كه اكثر نيروهاي امداد از منطقه خارج مي شوند. در اين مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت‌ها و جبران ناپذيري بخش بزرگی از خسارات مي گردند. در اين مرحله بازماندگان نيازمند حمايت‌هاي رواني بيشتري هستند. چرا كه مجدداً روحيه خود را از دست مي دهند، افسرده و مضطرب مي گردند و احساس تنهايي شديدي مي كنند. ايجاد روحيه اميد و اعتماد و دقت در توزيع عادلانه هر گونه امكانات در اين مرحله از اهميت بسياري برخوردار است.
5. **تجديد سازمان:** بين 6 ماه تا يك سال پس از فاجعه رخ مي دهد. بازماندگان شروع به بازسازي رواني و از سر گرفتن زندگي روزمره خود مي کنند. افراد به اين نتيجه مي رسند كه بازسازي زندگي با اتكا بر توانايي هاي خود آن ها امكان پذير است.

# **در طبقه بندی حوادث و بلایای طبیعی فاکتورهایی ذیل موثر و قابل تعمق است:**

الف) قلمرو تاثیر حادثه (Scope of the impact): از نظر جغرافیایی و تعداد افراد درگیر شده

 ب) سرعت وقوع حادثه (Speed of the onset): ناگهانی، تدریجی، خزنده یا مزمن

 ج) طول مدت اثر حادثه (Duration of the impact): مثلا حملات تکراری(پس لرزه ها)

د) آمادگی اجتماعی (Social preparedness of the community)

ه) محیطی یا مرکزی بودن بلا (peripheral vs central) در رابطه با موقعیت جغرافیایی

# **اهداف کلی برنامه**

# پيشگيري از عوارض رواني اجتماعي ناشي از حوادث غير مترقبه

# **اهداف اختصاصی برنامه**

# كاهش شيوع و پيشگيري از پيشرفت و تشديد عوارض رواني در حوادث غير مترقبه

#  افزايش توان انطباق و آماده سازي بازماندگان

#  تقويت مهارت هاي اجتماعي بازماندگان و كمك به جامعه براي سازماندهي مجدد و بازسازي جامعه

# **شاخص ها:**

# درصد پوشش خانواده های متوفیان ناشی از کووید-19 که از خدمات مشاوره سوگ بهرمند شده اند.

* + شاخص مورد انتظار 70 %

**اداره سلامت اجتماعی**





برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک

**مقدمه:**

برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک با هدف توانمندسازي كارشناسان و كاركنان مراكز بهداشتي در زمينه شناسايي و پيگيري موارد بدرفتاری با کودک و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورها مي باشند. همچنين از اهداف ديگر اين برنامه تغيير رفتارهاي وابسته به خشونت در خانواده هاي درگير و به تبع آن، ارتقاء كيفيت زندگي افراد مي باشد.

**گروه هدف این برنامه کلیه کودکان آزار دیده و شاهد خشونت خانگی و والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی می باشد.**

**اين برنامه به منظور پيشگيري، كاهش و كنترل خشونت فیزیکی و روانی( کودک شاهد خشونت خانگی) در کودکان تدوین و اجرا گردیده است.**

# **اهداف کلی برنامه در کشور:**

* ایجاد پوشش مراقبتی برای کودکان مورد بدرفتاری خانگی و شاهد خشونت خانگی، شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
* کاهش خشونت خانگی مجدد در کودکان مورد بدرفتاری خانگی و شاهد خشونت خانگی، شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
* صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر 3 سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) برنامه پیشگیری از بدرفتاری با کودک شرکت نمایند.
* صددرصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در مورد آنها انجام شود.
* صددرصد افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه مثبت شدند غربالگری تکمیلی در مورد آنها انجام شود.
* صد درصد موارد غیر فوری که در غربالگری تکمیلی مثبت شده اند در صورت رضایت والدین تحت پوشش مراقبت قرار گیرند.
* صددرصد مواردی که جان کودک در خطر است با استفاده از ضوابط موجود قانونی برای حفظ جان کودک اقدام شود و کلیه اقدامات ثبت شود.

# **شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1401:**

* میزان کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از بدرفتاری با کودک" شرکت نموده اند
	+ **شاخص مورد انتظار 100 %**
* میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند
	+ **شاخص مورد انتظار 100 %**
* میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است
	+ **شاخص مورد انتظار 40%**

**شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1401:**

* میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند
	+ **شاخص مورد انتظار 100 %**
* میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در آنها مثبت شده است
	+ **شاخص مورد انتظار 40%**



برنامه پیشگیری از همسرآزاری



**مقدمه**

اين برنامه با هدف توانمندسازي كارشناسان و كاركنان مراكز بهداشتي در زمينه شناسايي و پيگيري موارد همسرآزاري و همچنین توانمند سازی اجتماعی مردم در زمینه اصلاح نگرش و باورهای فرهنگی مروج خشونت خانگی مي باشند. همچنين از اهداف ديگر اين برنامه تغيير رفتارهاي وابسته به خشونت در خانواده هاي درگير و به تبع آن، ارتقاء كيفيت زندگي افراد مي باشد.

 **گروه هدف این برنامه کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که حداقل یک بار ازدواج کرده اند و مرتکبین خشونت در صورت تمایل به شرکت در برنامه هستند.**

**اين برنامه به منظور پيشگيري، كاهش و كنترل خشونت فیزیکی در زنان متاهل تدوین و اجرا گردیده است.**

# **اهداف کلی برنامه در کشور:**

* ایجاد و حفظ پوشش مراقبتی برای افراد متاثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه
* کاهش خشونت فیزیکی مجدد در افراد متاثر از همسر آزاری شناسایی شده در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در طی سال اول خدمت در دوره های آموزشی (حضوری/غیرحضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نمایند.
* صد درصد کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه هر 3 سال یکبار در دوره های بازآموزی (حضوری/غیر حضوری) برنامه پیشگیری از همسرآزاری شرکت نمایند.
* صد درصد افراد گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل دادند غربالگری همسرآزاری در مورد آنها انجام شود.
* صد درصد افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه مثبت شدند غربالگری تکمیلی در مورد آنها انجام شود.
* صد درصد افراد گروه هدف برنامه که در غربالگری تکمیلی مثبت شده اند در صورت رضایت شخصی تحت پوشش مراقبت قرار گیرند.

# **شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1401:**

* میزان کارشناسان مراقب سلامت/ بهورز که در طی سال اول خدمت، در دوره های آموزشی (حضوری/غیر حضوری) برنامه "پیشگیری از همسرآزاری" شرکت نموده اند
	+ **شاخص مورد انتظار 100 %**
* میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده­اند
	+ **شاخص مورد انتظار 100 %**
* میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است
	+ **شاخص مورد انتظار 50 %**

# **شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1401:**

* میزان غربالگری اولیه همسرآزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده­اند
	+ **شاخص مورد انتظار 100 %**
* میزان غربالگری تکمیلی افراد گروه هدف برنامه که غربالگری اولیه همسرآزاری در آنها مثبت شده است
	+ **شاخص مورد انتظار 50 %**

**اداره پیشگیری و درمان مصرف مواد و کاهش آسیب اعتیاد**



برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد ، الکل و دخانیات در نظام مراقبت­های اولیه بهداشتی



**مقدمه:**

با توجه به روند افزایش بار بیماری­های قابل ­انتساب به مصرف مواد دخانی، الکل و مواد، توجه بیش از پیش به مداخلات پیشگیری و مراقبت درمانی ضرورت می یابد.

بر این اساس طرح تحول سلامت فرصت مناسبی برای ارتقای خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد و کوشش جهت دستیابی به اهداف ذیل این برنامه در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی بوده است.

* ظرفیت­سازی و حمایت مستمر از ارایه خدمات اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی
* ایجاد دسترسی عادلانه برای مراقبت­های پیشگیری و درمان اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد
* حساس سازی جمعیت عمومی نسبت به عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد
* افزایش سواد سلامت جامعه با اهداف پیشگیرانه
* غربالگری، شناسایی، ارایه مراقبت های روانشناختی، خدمات درمان دارویی اختلال مصرف دخانیات و ارجاع به مراکز تخصصی درمان مصرف الکل و مواد
* ارایه آموزش های پیشگیرانه و مراقبتی موردنیاز خانواده­های بیماران

نکته مورد توجه در سالهای اخیر آن است که بر اساس آخرین گزارش دبیرخانه کنترل دخانیات وزارت بهداشت که در سال ۹۵ انجام شده است، 1/10 درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کنند که بر اساس تفکیک جنسیتی تقریبا20 درصد از مردان و 9/0 درصد از زنان مصرف کننده انواع مشتقات تنباکو می‌باشند. همچنین در این گزارش آمده است، 2/14 درصد از جمعیت ۱۸ تا 64 سال بصورت روزانه یا تفننی مصرف کننده انواع محصولات دخانی مانند سیگار، پیپ و حتی قلیان می باشند، که بر اساس تفکیک جنسیتی ۲۵ درصد از مردان و ۴ درصد از زنان انواع دخانیات مصرف می‌کنند. نکته قابل تامل، رشد نرخ شیوع مصرف مواد دخانی در گروه زنان است، به طوری که طبق مستندات آماری در سال 13۹۰، 7/3 درصد زنان مصرف کننده انواع محصولات دخانیات بودند که متأسفانه این آمار در سال ۹۵ به ۴ درصد رسیده است. علاوه بر این، بر اساس این گزارش میزان مصرف انواع تنباکو در گروه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۹۵ ، نسبت به سال ۸۶ دو برابر رشد داشته است. چنانکه مصرف سیگار در بین پسران ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۹۵، 8/4 درصد و میزان مصرف قلیان 3/7 درصد بوده و این رقم در بین دختران3/4 درصد تخمین زده شده است.

با توجه به مستندات آماری پیشگفت، در سالهای اخیر با افزایش مصرف دخانیات در گروه های سنی نوجوان و جوان بطورکلی و جمعیت زنان بطور خاص مواجه هستیم که با توجه به اهمیت آن در تامین سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد جامعه، به عنوان عامل خطر جدی در گرایش به مصرف الکل و مواد، اولویت مداخلات پیشگیرانه در حوزه کنترل و درمان اختلال مصرف دخانیات در نظام بهداشتی کشور را برجسته می کند.

بر اساس مقایسه آخرین گزارش های آماری دانشگاه های علوم پزشکی کشور احصا شده از سامانه سیب، در بازه های زمانی 1399 و 1400 ( منطبق با جدول آماری ذیل) روند دستیابی به شاخص ها مورد انتظار از پیشرفت نسبی اندکی برخوردار بوده است و آنچه اهداف و شاخص های برنامه عملیاتی سال 1400 ، بدلایلی چون شیوع بیماری کووید -19 امکان تحقق مطلوبی نیافته است و تلاش بیشتری جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات از طریق ظرفیت سازی مناسب منابع انسانی و فیزیکی، توانمند سازی تیم سلامت، افزایش سواد سلامت جامعه و ارتقای نظام پایش و ارزیابی خدمات مورد انتظار است.

بطور خاص در برنامه عملیاتی سال گذشته، تاکید بر شاخص های اختصاصی دخانیات در همین راستا صورت گرفته بود، اما بر اساس گزارش آماری 60 دانشگاه علوم پزشکی برگرفته از نظام ثبت الکترونیک خدمات در سامانه سیب که در جدول صفحه ی بعد قابل مشاهده است، گذشته از ضعف های سامانه ی الکترونیک در استخراج داده های تفکیکی انواع مواد وشاخص های فرایندی و صرفنظر از مطلوبیت و رشد نسبی شاخص سطح پوشش غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد، در خصوص درصد شاخص شناسایی موارد مثبت غربالگری اولیه، پیشرفت چندانی نسبت به سال 1399 مشاهده نمی شود.

در این مورد ارزیابی کیفیت اجرای غربالگری اولیه مبتنی بر دستورالعمل و استفاده از تکنیک های بهینه سازی محیطی، بطور مثال افزایش حفظ حریم خصوصی مراجعین با توجه به نحوه ی چیدمان مبلمان اتاق کاری، تنظیم میزان نزدیکی و فاصله و جهت صندلی مورد استفاده مراجع با ارایه کننده خدمت و نیز تمهیدات دیگری چون عدم پذیرش همراهان مراجع در زمان غربالگری ضروری می باشد.

از سوی دیگر توانمندی حرفه ای کارشناسان مراقب سلامت/ماما/ بهورز با استفاده از آموزش آن ها در خصوص توجیه دقیق اهمیت این مراقبت و نقش ارزشمند غربالگری در شناسایی زودرس بیماران و آموزش های پیشگیرانه ( مندرج در لینک های مربوطه در سامانه ها) و ارتقای مهارتهای کارشناس مراقب سلامت / ماما/ بهورز در برقراری ارتباط موثر، جلب اعتماد و مشارکت مراجع، شناسایی نیازهای اولویت دار مراجع در حوزه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و در نهایت استفاده از بالاترین عنصر انگیزشی مراجع برای هدایت و افزایش مشارکت او در دریافت خدمات تکمیلی از کارشناس سلامت روان، نکات کلیدی و مهمی در توانمندسازی کارشناسان مراقب سلامت/ماما/ بهورز و حتی پزشکان نظام سلامت در ارجاع موارد مشکوک به مصرف به کارشناس مراقب یا روانشناس مرکز است.

در شاخص های نشانگر عملکرد روانشناس، درصد موارد شناسایی خطر متوسط و بالا ی مصرف دخانیات و انواع مواد در سال 1400 و نیز مقایسه آن با گزارش های آماری سال 1399 ( مطابق جدول آماری صفحه بعد) روند مطلوبی مشاهده نمی شود، حال آنکه انتظار می رفت، شناسایی مصرف کنندگان دخانیات با توجه به استیگمای کمتر آن و شاخص های اختصاصی تعریف شده روند افزایشی بهتری داشته باشد.

اما در خصوص شاخص های عملکرد کارشناس سلامت روان در ارایه مداخلات روانشناختی مختصر و شناختی رفتاری کوتاه (BI- CBI)، اگرچه پیشرفت نسبی مطلوبی در حوزه دخانیات دیده می شود، اما در جلسات مداخلات روانشناختی (BI- CBI)، ریزش و کاهش آماری بسیار چشمگیری دیده می شود. البته نوسانات انگیزشی خدمت گیرندگان و بیماران در این خصوص تا حدی قابل توجیه است، اما مطالعات علمی و نیز نتایج مطالعه کیفی مقبولیت اجتماعی خدمات اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در نظام بهداشتی ( 1399) بطور اختصاصی نشان می دهد، ارتقای کیفیت ارایه خدمات روانشناختی و نگرش کل گرایانه به مسایل بیمار اعم از اختلالات روان و اجتماعی و نهایتا توانمندی حرفه ای کارشناس سلامت روان در شناسایی و مدیریت نیازهای بیماران و نیز تعهد به اجرای دستورالعمل پیگیری ( مندرج در دستورالعمل فلوچارت خدمات، راهنمای در سامانه سیب و نیز کتابچه های راهنمای خدمات این حوزه) می تواند نقش بسیارموثری در حفظ انگیزش بیماران و ارتقای شاخص های ماندگاری در درمان ایفا کند.

|  |
| --- |
| گزارش آماری 60 دانشگاه علوم پزشکی کشور - منبع: سامانه سیب |
| 1400 | **1399**  |  |
| 13,800,905 | 15,243,800 | جمعیتی که حداقل یکی از خدمت های گروه سنی خود را توسط غیرپزشک را دریافت کرده اند |
| 10,533,502 | 10,726,594 | تعداد افراد ارزیابی شده در غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل |
| 546336 | 498656 | تعداد افراد با غربال مثبت در غربالگری اولیه درگیری با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل |
| 188795 | 256400 | تعداد کل موارد تحت پوشش غربالگری تکمیلی مصرف دخانیات، مواد و الکل |
| 67619 | 49662 | تعداد موارد شناسایی شده با خطر متوسط مصرف دخانیات، مواد و الکل |
| 7703 | 5665 | تعداد موارد شناسایی شده با خطر بالای مصرف دخانیات، مواد و الکل |
| 37666 | 45,161 | تعداد افراد شناسایی شده با خطر متوسط مصرف دخانیات |
| 1490 | 2022 | تعداد افراد شناسایی شده با خطر بالا مصرف دخانیات |
| 11775 | 9000 | تعداد افراد شناسایی شده با خطر متوسط مصرف مواد |
| 3372 | 4135 | تعداد افراد شناسایی شده با خطر بالا مصرف مواد |
| 3112 | 2340 | تعداد افراد شناسایی شده با خطر متوسط مصرف الکل |
| 398 | 748 | تعداد افراد شناسایی شده با خطر بالا مصرف الکل |

**نتیجه گیری:** بر این اساس انتظار می رود با هدف ارتقای کمی و کیفی خدمات سال 1401، همکاران محترم از اولین گام های ارایه خدمات غربالگری اولیه کارشناس مراقب سلامت/ ماما/ بهورز و غربالگری تکمیلی و مداخلات روانشناختی، تا نقش فرصت طلبانه پزشک و نیز اقدام تشخیصی و درمانی پزشک و پیگیری های کارشناس مراقب در فرایند درمان توجه و تعهد لازم داشته باشند. در این میان، لازم است به پایش و نظارت مستمر و اثربخش در شناسایی به هنگام نقاط قوت، فرصت ها، محدودیت ها و ضعف های موجود در فرایند اجرایی برنامه توجه ویژه ای شود و با حمایت طلبی قوی از سطوح بالا و همتراز در مدیریت دانشگاهی و ستاد وزارتی به رفع چالشهای موجود اهتمام جدی صورت گیرد.

در نهایت، بدیهی است گزارش های آماری مبتنی بر اهداف و شاخص های برنامه، نشانگر میزان مطلوبیت عملکرد مشترک مدیریت ستادی و شهرستانی برنامه با تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت/ ماما/ بهورز، پزشک و کارشناس سلامت روان) می باشد. از آنجا که مدیران محترم گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، کارشناس مسئول سلامت روان در حوزه ی ستادی شهرستان و نهایتا کارشناس سلامت روان در مراکز ارایه خدمت به عنوان نیروی تخصصی این حوزه، موظف به پیگیری و رصد مستمر روند شاخص ها و کیفیت ارایه خدمات هستند، انتظار می رود، در راستای تکالیف مدیریتی و نظارتی خود برنامه مدونی جهت پایش مستمر مراکز و واحدها بهداشتی، ارزیابی کیفی خدمات و تحلیل گزارش های آماری (در بازه های زمانی سالانه و شش ماهه، سه ماهه و یک ماهه که بر اساس سطوح ستادی دانشگاه، شهرستان و مراکز و واحدهای ارایه کننده خدمت به ترتیب تعریف می گردد) بپردازند. در این خصوص ارایه راهکارهای موثری چون تقویت همکاری های تیمی، برنامه های آموزشی و توانمندسازی تیم سلامت و بکارگیری نظام انگیزشی مناسب می تواند، در کانون توجه قرار گیرد. بر این اساس در گزارش های شش ماهه برنامه در سامانه برنامه عملیاتی سال 1401، ارایه گزارش مدونی از مکاتبات اداری و مستندات مربوط به روند پایش و نظارت کیفی خدمات در بازه های زمانی تعریف شده مورد انتظار است.

**اهداف کلی برنامه در کشور:**

* **ارتقای کمی و کیفی خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در نظام
مراقبت های اولیه**

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، در دوره آموزش بدو خدمت حضوری/ غیر حضوری « برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
* صد درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان شاغل هر سه سال یکبار در دوره ی استاندارد آموزشی/ بازآموزی حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
* صددرصد افراد دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت در گروه سنی 15 تا 59 سال در سال جاری تحت پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات قرار گیرند[[4]](#footnote-4).
* بیست درصد مردان و دو درصد زنان غربال مثبت اولیه دخانیات شناسایی شوند.
* شصت درصد موارد غربال مثبت غربال اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گیرند.
* پنجاه درصد افراد مصرف کننده دخانیات،الکل و یا موادِ واجد شرایط[[5]](#footnote-5)، دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی دریافت نمایند.
* سی درصد از افراد دارای سطح خطر بالای مصرف دخانیات، چهار جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه را دریافت نمایند.
* صد درصد موارد نیازمند[[6]](#footnote-6) آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل تحت پوشش قرار گیرند.
* ده درصد تشخیص اختلال مصرف دخانیات از کل مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها توسط پزشک تکمیل شده است.

**شاخص­های برنامه در سطح شهرستان/ مرکز**

* درصد کارشناسان مراقب سلامت/ بهورزان جدیدالورود در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، که هر سه سال یکبار در دوره ی استاندارد آموزشی/ بازآموزی حضوری/ غیر حضوری «برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد» شرکت نمایند.
	+ **شاخص مورد انتظار100درصد**
* درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌­ای گـروه سنی (حداقل یک مراقبت)
	+ **شاخص مورد انتظار: 100% از مراجعه کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه سنی15 تا 59 ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.**
* بیست درصد مردان و دو درصد زنان غربال مثبت اولیه دخانیات شناسایی شوند.
* درصد موارد غربال اولیه مثبت مصرف مواد، الکل و دخانیات که تحت پوشش غربالگری تکمیلی قرار گرفتند. (توسط کارشناس مراقب/ بهورز)
	+ **شاخص مورد انتظار: 60 درصد**
* درصدافراد مصرف کننده دخانیات، الکل و یا مواد واجد شرایط[[7]](#footnote-7) که تحت پوشش دو جلسه مداخله مختصر روانشناختی قرار گرفتند.(توسط کارشناس سلامت روان)
	+ **شاخص مورد انتظار: 50 درصد**
* درصد افراد دارای سطح خطر بالای مصرف دخانیات که چهار جلسه مداخله شناختی- رفتاری کوتاه را دریافت نموده اند.(توسط کارشناس سلامت روان)
	+ **شاخص مورد انتظار: 30 درصد**
* درصد موارد نیازمند[[8]](#footnote-8) آموزش و راهنمایی در مورد فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل که تحت پوشش خدمت مربوطه قرار گرفته‌اند (توسط کارشناس سلامت روان)
	+ **شاخص مورد انتظار: 100 درصد**
* درصد افراد دارای تشخیص اختلال مصرف دخانیات از مجموع مواردی که شرح حال روانپزشکی آنها تکمیل شده است.(توسط پزشک)
	+ **شاخص مورد انتظار: 10 درصد**



برنامه آموزش مهارت­های فرزند­پروری 17-12سال



**مقدمه**

همه والدین خواهان بزرگ كردن فرزندانی تندرست و نیک رفتار هستند. با گذر از کودکی به نوجوانی دغدغه‌های والدین در مورد رفتار فرزندان دو چندان شده و بيش از پيش به نگرانى بدل مى‌شود. مادران و پدران در جستجوى راهكارهايى بر مى‌آيند كه نوجوانان را به سلامت از مخاطرات اين دوران گذر دهند. پژوهش‌هاى بسيارى نشان داده است خانواده به دلايل متعدد مهمترين محيط براى پيشگيرى از مشکلات رفتاری از جمله سوءمصرف مواد است. والدين موثرترين افراد زندگى نوجوانان بوده و از ابتداى زندگى مهمترين الگوى رفتارى فرزندان محسوب می‌شوند. از دیگر سو مطالعات علمی به یقین نشان داده است بهترين زمان براى پيشگيرى اوليه از مصرف مواد كودكى و نوجوانى، یعنی سال‌هاى زندگى فرد در کنار والدین است. پژوهش‌هاى متعدد اثبات کرده است اگر پيشگيری از طريق خانواده باعث به تعويق افتادن اولين تجربه‌ی سيگار يا هر ماده ديگرى باشد يا به عبارت ديگر خانواده‌ها فرزندانشان را بدون تجربه مواد به هجده سالگی برسانند، شانس ايجاد مشكلات جدى سوء مصرف مواد و اعتياد در سال‌هاى بعدى زندگى كاهش مى‌يابد.

مهارت‌هايی كه در اين برنامه از آن تحت عنوان «مهارت‌های فرزند‌پروري پيشگيرانه» ياد می‌كنيم مهارت‌هايی است كه صرف نظر از جنبه پيشگيری از اعتياد، بطور عام به استحكام و ثبات خانواده، ارتباط مناسب اعضاي خانواده با یکدیگر و رشد و تكامل سالم فرزندان می‌انجامد. بد نيست در اهميت پيشگيري اوليه از سوء مصرف مواد در دوران كودكي و نوجوانی به اين نكته هم اشاره كنيم كه برخي پژوهش‌ها نشان داده است مصرف مواد در اين دوران می‌تواند بر مغز فرد كه هنوز دوره رشد و تكامل آن كامل نشده است تاثيراتی برگشت ناپذير بگذارد.

برخی والدین در دوره نوجوانی تاثير دوستان را مهمتر از نقش پدر و مادر در نظر مي‌گيرند، بدون اين كه بخواهيم نقش مهم همسالان را كتمان كنيم، بايد بگوييم كه اكثر پژوهش‌هاي دنيا نشان مي‌دهند كه والدين در دوره نوجوانی هم قوی‌ترين الگوی فرزندان خود هستند و بيشترين نفوذ را بر آنها دارند. حتي پدر و مادر در صورت داشتن مهارت‌های فرزندپروری می‌توانند در تقويت تاثیر مثبت دوستان و جلوگيری از تاثير منفی احتمالی نقش تعيين‌كننده‌ای داشته باشند. اين حقيقت مسئوليت پدر و مادر را در ايجاد شرايط مناسب و سالم براي فرزندانتان افزايش می‌دهد. به همين دلايل است كه اكثر برنامه‌هايِ جديد پيشگيری دنيا مبتنی بر خانواده و والدين است، در واقع والدين می‌توانند به شيوه‌های متعددی به رشد مثبتِ نوجوان كمک كنند و آنها را از سوء مصرف مواد باز دارند.

**اهداف کلی برنامه در کشور:**

* ارتقای مهارت­های فرزند پروری والدین گروه سنی 12-17 سال در راستای کاهش اختلالات مصرف مواد

**اهداف اختصاصی برنامه:**

* صددرصد والدین گروه سنی 17-12 سال واجد شرایط دریافت آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من)، از طرف کارشناس مراقب سلامت به کارشناس سلامت روان ارجاع شده باشد .
* صددرصد گروه هدف ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت، توسط کارشناس سلامت روان آموزش مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم من) دریافت نمایند .( با در نظر گرفتن شرایط پاندمی کرونا)

**شاخص­های برنامه در ستاد شهرستان در سال 1401**

* تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف.
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 20 نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه**
* مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری ( نوجوان سالم ) در گروه هدف ؛
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 3 کارگاه در ماه (25 نفر در ماه)درصورت آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل­های بهداشتی**

**در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.**

* مجموع تعداد افراددر گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری ( نوجوان سالم ) دریافت کرده اند؛
	+ **شاخص مورد انتظار: 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**

**شاخص­های برنامه در سطح مراکز جامع سلامت برای سال 1401**

* تعداد آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری (نوجوان سالم) در گروه هدف.
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط20 نفر آموزش انفرادی مهارت فرزندپروری در ماه**
* مجموع تعداد جلسات آموزش گروهی مهارت فرزندپروری ( نوجوان سالم ) در گروه هدف ؛
	+ **شاخص مورد انتظار: برگزاری متوسط 3 کارگاه در ماه (25 نفر در ماه)درصورت زرد و آبی بودن از نظر کووید با رعایت پروتکل­های بهداشتی بر اساس مصوبه 52 جلسه ستاد ملی مقابله با کرونا مورخ 20/10/1399**

**در شرایط قرمز و نارنجی برای رسیدن به شاخص مورد انتظار، تعداد آموزش انفرادی قابل افزایش است.**

* مجموع تعداد افراددر گروه های هدف که آموزش مهارت های فرزندپروری ( نوجوان سالم ) دریافت کرده اند؛
	+ **شاخص مورد انتظار: 500 نفر در سال به ازاء هر کارشناس سلامت روان**
1. . در این شاخص، صورت کسر از موارد تشخیص اختلال روانپزشکی است؛ که از مسیر ارجاع بهورز، ماما/ مراقب سلامت و پس از تکمیل شرح حال اولیه توسط پزشک، ثبت شده­اند. [↑](#footnote-ref-1)
2. . افراد واجد شرایط دریافت 2 جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوچارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند. [↑](#footnote-ref-2)
3. . در این شاخص (در تمام موارد تکرار) صورت کسر از موارد تشخیص اختلال روانپزشکی است؛ که از مسیر ارجاع بهورز، ماما/ مراقب سلامت و پس از تکمیل شرح حال اولیه توسط پزشک، ثبت شده­اند. [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)
5. . افراد واجد شرایط دریافت 2 جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوچارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند. [↑](#footnote-ref-5)
6. . موارد نیازمند شامل اعضاء خانواده، دوستان و یا آشنایانی هستند که متقاضی دریافت آموزش و راهنمایی جهت کمک و نحوه برخورد با فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل می‌باشند. [↑](#footnote-ref-6)
7. . افراد واجد شرایط دریافت 2 جلسه مداخله مختصر روانشناختی، طبق فلوچارت خدمت شامل موارد شناسایی شده به عنوان خطر متوسط مصرف دخانیات، الکل و یا مواد و نیز موارد خطر بالای مصرف الکل و مواد می باشند. [↑](#footnote-ref-7)
8. . موارد نیازمند شامل اعضاء خانواده، دوستان و یا آشنایانی هستند که متقاضی دریافت آموزش و راهنمایی جهت کمک و نحوه برخورد با فرد مصرف کننده دخانیات، مواد و الکل می‌باشند. [↑](#footnote-ref-8)